18

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Du Docteur J. CHAUVEL

MÉDECIN PRINCIPAL DE PREMIÈRE CLASSE DE L'ARMÉE
PROFESSEUR A L'ÉCOLE D'APPLICATION DE MÉDECINE MILITAIRE (VAL-DE-GRACE)
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

PARIS
IMPRIMERIE GÉNÉRALE A. LAHURE
9, RUE DE FLEURUS, 9

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Du Docteur J. CHAUVEL

MÉDECIN PRINCIPAL DE PREMIÈRE CLASSE DE L'ARMÉE
PROFESSEUR A L'ÉCOLE D'APPLICATION DE MÉDECINE MILITAIRE (VAL-DE-GRACE)
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE



PARIS
IMPRIMERIE GÉNÉRALE A. LAHURE
9, RUE DE FLEURUS, 9

I. — TITRES ACQUIS AU CONCOURS

Externe des hôpitaux. Strasbourg, 1861.

Interne des hôpitaux. Strasbourg, 1862.

Professeur agrégé de Chirurgie à l'Ecole d'application de médecine militaire du Val-de-Grâce, 1873.

Professeur d'Opérations et Appareils à l'École d'application de médecine militaire du Val-de-Grâce, 1880.

II. — DISTINCTIONS ET TITRES HONORIFIQUES

1860. Concours d'anatomie et physiologie à l'École de médecine de Rennes. 1er prix.

1861. Concours d'anatomie et physiologie à la Faculté de Strasbourg. 1er prix.

1862. Concours de pathologie à la Faculté de Strasbourg. 1er prix.

1863. Concours de médecine opératoire, clinique et accouchements à la Faculté de Strasbourg. 1er prix.

1869. Prix Laborie. Société de chirurgie.

1869. Prix Godard. Académie de médecine.

1876. Prix Laborie. Société de chirurgie.

1883. Prix Godard. Académie de médecine.

1888. Académie des sciences. Prix Montyon de médecine et de chirurgie, citation honorable.

1875. Membre correspondant national de la Société de chirurgie.

1882. Membre titulaire de la Société de chirurgie.

1885. Secrétaire général de la Société de chirurgie.

1889. Président de la Société d'ophtalmologie.

1871. Chevalier de la Légion d'honneur.

1879. Officier d'académie.

III. — ENSEIGNEMENT

École d'application de médecine militaire, Val-de-Grâce.
Conférences de médecine opératoire, 1873 à 1877.
Conférences d'ophtalmologie, 1873 à 1877.
Cours de médecine opératoire (remplacement), 1875 et 1876
Cours d'opérations et appareils, depuis 1880.
Clinique ophtalmologique, depuis 1880.
Clinique otologique et laryngologique, depuis 1883.
Cours d'ophtalmoscopie, etc., depuis 1880.

IV. — NOTICES ET ÉLOGES

Sédillot et son œuvre chirurgicale. (*Revue de chirurgie*, 1883.)

Notice sur la vie et les travaux du professeur Depaul, lue à la séance annuelle de la Société de chirurgie en 1886. (*Bull. et Mém.*, 1886, t. XII.)

Notice sur la vie et les travaux du professeur Bouisson, lue à la séance annuelle de la Société de chirurgie en 1887. (*Bull. et Mém.*, 1887, t. XIII.)

Notice sur la vie et les travaux du professeur Gosselin, lue à la séance annuelle de la Société de chirurgie en 1888. (*Bull. et Mém.*, 1888, t. XIV.)

Notice sur la vie et les travaux de M. Giraud-Teulon, lue à la séance annuelle de la Société de chirurgie en 1889. (*Bull. et Mém.*, 1889, t. XV.)

V. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

1. — De l'action de l'air sur les plaies, étude critique. (*Recueil des Mémoires de méd. militaire*, 3e série, t. XXXIII, 1877, p. 545.)

D'une longue étude des diverses théories : physiques, chimiques et organiques ou vitalistes, émises par les chirurgiens anciens et modernes ; de l'examen des diverses causes assignées à la production de la pourriture d'hôpital, de l'érysipèle, de l'infection putride et purulente, accidents des plaies ouvertes, exposées, nous arrivons aux conclusions suivantes :

a. L'air exerce sur les plaies une action manifeste et rarement favorable.

b. Cette action est à la fois directe ou locale, et indirecte par son influence sur la santé générale comme température, sécheresse, humidité, etc.

c. L'air, par son action physique et chimique, exerce sur les plaies une influence locale nuisible.

d. L'action physique de l'air, variable, est de nature irritative pour les éléments anatomiques.

e. L'action chimique de l'air est également irritante, et par son oxygène il permet et favorise les décompositions putrides, dont les produits peuvent infecter l'économie.

f. L'action la moins contestable de l'air est celle qu'il emprunte aux germes microbiens dont il est le véhicule, germes qu'il dépose à la surface des plaies où ils peuvent se développer et d'où ils partent pour envahir l'organisme.

g. Pratiquement, il faut adopter les méthodes de pansement qui mettent à l'abri de cette influence nuisible.

2. — De la septicémie en chirurgie. Infections ou intoxications chirurgicales. (*Rec. des Mém. de méd. milit.*, 3e série, t. XXXVI, 1880, pp. 521 à 574.)

Après une rapide esquisse historique, nous montrons l'importance considérable de la question et les multiples travaux qu'elle a suscités depuis dix ans. Le terme *septicémie* doit-il s'appliquer à une affection déterminée ou embrasser les nombreuses modalités de l'intoxication chirurgicale? Nous rejetons le *poison septique, un, invariable*, cause de l'érysipèle comme de l'infection purulente, et nous décrivons :

A. *Des affections septicoïdes internes*, telles que l'ostéo-myélite, la myosite, spontanées et infectieuses, la phlébite suppurée.

B. *Des affections septicoïdes externes* : Tétanos, érysipèle, angioleucite, fièvre puerpérale, fièvre urineuse, pourriture d'hôpital, piqûre anatomique, fièvre hectique, fièvres traumatiques primitive et secondaire, infection purulente, dues pour la plupart à des intoxications microbiennes, mais dont quelques-unes sont nettement des empoisonnements par produits chimiques.

La *septicémie chirurgicale* proprement dite est de nature parasitaire, elle est hétérochtone d'habitude et comprend cliniquement deux formes : la septicémie foudroyante ou gangréneuse et la septicémie aiguë. Nous terminons par l'exposé symptomatologique de ces deux septicémies et les moyens susceptibles d'enrayer leur développement et leur propagation. En somme, si les infections chirurgicales sont multiples et distinctes, les conditions de leur naissance, de leur propagation, sont peu différentes, et les indications à remplir à peu près invariables. Tel est le but de la méthode antiseptique de traitement des plaies.

3. — Piqûre anatomique. (*Dict. encycl. des sciences médicales*, 1888, 2e série, t. XXV, p. 423.)

Les conséquences de ces plaies sont : *a.* des accidents locaux : tubercules, pustules, tournioles, panaris; *b.* des accidents locaux avec propagation à distance : dactylite, lymphangite et adénite, phlegmon et œdème diffus; enfin *c.* des phénomènes généraux graves sans réaction vive au point blessé. Ceux-ci dépendent de la pénétration des microbes ou de leurs produits dans l'organisme entier, pendant que dans les premiers il y a localisation absolue ou

relative. Pour nous, il n'y a pas de *microbe special*, mais des micro-organismes variés; le tubercule anatomique n'est pas *toujours* une production bacillaire tuberculeuse vraie.

4. — Plaies. (*Dict. encycl. des sciences médicales*, 1888, 2ᵉ série, t. XXV, p. 543.)

Acceptant la division classique, nous décrivons d'abord les plaies par instruments tranchants, leurs phénomènes et la fièvre traumatique qui les accompagne si souvent. Une étude spéciale est réservée aux plaies *cavitaires*, aux plaies *sous-cutanées*, en raison de leur évolution particulière. Parmi les influences qui modifient la marche des solutions de continuité, les états pathologiques concomitants sont l'objet de considérations étendues. Il en est de même des principes du traitement, et spécialement de la réunion immédiate, dont nous montrons les avantages jadis contestés.

Les plaies par instruments piquants forment le second chapitre, puis viennent les plaies contuses *ordinaires*, les morsures, les arrachements, les plaies empoisonnées, enfin les plaies par les machines dont les caractères spéciaux méritent considération. Parmi les complications des solutions de continuité, la syncope, le choc, l'anémie, les névralgies, l'herpès, la suppuration bleue, font l'objet de plus grands développements.

5. — Septicémie. (*Dict. encycl. des sciences médicales*, 3ᵉ série, tt. VIII et IX, 1880.)

Après avoir défini le terme de *septicémie*, si diversement employé, nous étudions la septicémie en général, la putridité morbide, la nature de la putréfaction. Divisant ce problème immense, la *septicémie expérimentale* se présente à nous telle que l'ont faite les travaux modernes, avec ses symptômes, ses lésions, sa nature, les voies d'introduction dans l'organisme du virus septique, et nous concluons à sa nature microbienne démontrée par les recherches de Pasteur. Une analyse complète de toutes les expériences faites avec le pus et les matières putrides nous permet de reconnaître des formes diverses d'infection, de séparer la pyohémie de la septicémie vraie. Vient alors l'étude de la *septicémie médicale*, qui nous conduit à prévoir la nature spécifique des infections typhoïdes, de l'endocardite ulcéreuse, du rhumatisme. Par exclusion nous arrivons à la *septicémie chirurgicale*, partie la plus importante du tra-

vail et qui a reçu de longs développements historiques et cliniques. Cherchant à mettre un peu de clarté dans les multiples théories émises, à retirer quelque chose d'expériences souvent contradictoires, nous arrivons à distinguer dans les infections chirurgicales, d'un côté des intoxications qu'on peut appeler *septicoïdes*, de l'autre les *septicémies véritables* ou cliniques dont nous donnons en terminant une description aussi complète que le permet l'état de la science.

6. — Articles : Fracture, Luxation, Infection purulente, Septicémie, Sutures, du *Dict. de méd. de Nysten*, 15e édit., 1884.

7. — Article : Plaies, de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. II, 1883. Traduction et annotations.

VI. — CHIRURGIE MILITAIRE. PLAIES PAR ARMES A FEU

1. — Conférence sur le service de santé en temps de guerre, faite aux officiers du 7e de ligne en 1872.

Au sortir de la triste campagne de 1870-71, il nous a paru qu'il était opportun de montrer aux officiers de notre armée l'organisation défectueuse des services sanitaires et ses conséquences désastreuses.

2. — Fractures par coups de feu de la table interne des os du crâne.

Dans l'immense ouvrage publié par le Bureau médical militaire des États-Unis, nous avons choisi pour le traduire, ce chapitre très intéressant et très complet (1874).

3. — Instruction médicale pour les avant-postes de cavalerie, par le général de Brack (1874).

A la demande de la Réunion des officiers, nous avons complètement remanié cette partie importante d'un petit livre cher à la cavalerie française et dont la réimpression paraissait désirable.

4. — Analyse de l'histoire chirurgicale de la guerre de la *Rébellion*, t. I et II. (*Rec. de Mém. de méd. milit.*, 1878, t. XXXIV.)

Pour ceux de nos collègues qui ne pouvaient avoir en main l'admirable

ouvrage d'Otis, nous avons fait cette analyse détaillée qui résume tous les renseignements contenus dans les deux volumes.

5. — Plaies par armes à feu. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 2e série, t. XXV, 1888.)

Après avoir traduit pour l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* un article américain dont la facture s'éloignait sensiblement de notre manière de faire, je fus chargé de l'article Plaies du *Dictionnaire* de Dechambre. Là j'ai pu étudier, avec tous les détails qu'ils comportent, les grands problèmes de la chirurgie militaire actuelle; l'action dite explosive des projectiles modernes, la nature des lésions des tissus mous, les déformations des balles de plomb dans leurs rapports avec la variété des fractures. J'ai rejeté d'une façon générale l'exploration immédiate des coups de feu et les débridements qu'elle comporte, j'ai tenté de spécifier les conditions où l'intervention était ou opportune ou nécessaire. J'ai surtout insisté sur les avantages de l'antisepsie, et sur l'indispensable urgence de l'assurer à nos soldats blessés par l'adoption d'un paquet de pansement que le chirurgien est assuré d'avoir au moment opportun.

Dans cette étude générale, j'ai compris les plaies par l'obus et ses éclats, par les petits projectiles, et enfin par les substances explosibles dont quelques accidents récents ont démontré la formidable puissance.

6. — Pansements dans la chirurgie de guerre. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 1884, 2e série, t. XX.)

Après un historique rapide des moyens de traitement mis en usage depuis *Paré* jusqu'à nous, j'aborde la question principale, l'antisepsie en chirurgie d'armée. Toutes les substances successivement prônées sont passées en revue et étudiées comme valeur et comme possibilité d'application. Séparant les pansements secs des pansements humides, j'arrive ainsi à restreindre considérablement le nombre des substances germicides utilisables aux armées, en même temps que le nombre des matières qui leur peuvent servir de substratum.

De toutes ces substances, le sublimé, l'iodoforme, l'acide phénique sont les plus recommandables; portées par la gaze, l'ouate, l'étoupe, la tourbe, elles doivent servir à la confection de pansements de grandeurs diverses, préparés à l'avance. Dans ce travail je résolvais déjà par l'affirmative la question du paquet de pansement individuel.

7. — Des pansements dans la chirurgie d'armée en campagne. (*Premier Congrès de chirurgie française.* Paris, 1885, publié en 1886.)

Je saisis l'occasion de la Réunion générale des chirurgiens français pour traiter cette question, et défendre les mêmes idées. Ici, et plus vivement encore, je soutins la nécessité de l'antisepsie immédiate et l'utilité de la cartouche de pansement du soldat. J'indiquai les pansements qui me paraissaient convenir au traitement des coups de feu, et les matériaux les plus avantageux pour leur préparation dans nos approvisionnements.

8. — Quelques expériences sur les effets des balles de petit calibre, à enveloppe d'acier. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 83.)

Le premier, en France, nous avons cherché par des expériences à nous rendre compte des effets des balles de 8 millimètres, à enveloppe résistante, que les Allemands qualifient d'*humanitaires*, et dont l'adoption comme projectiles de guerre sera bientôt générale. Nos recherches montrent que les lésions simples des parties molles sont légères et dans les conditions les plus favorables à une réunion immédiate. Il en est à peu près de même pour les perforations des os spongieux, et, bien qu'elles s'accompagnent de fissures radiées étendues, la conservation du périoste permet d'espérer une consolidation facile. En revanche, les fractures diaphysaires présentent des pertes de substance considérables et de très longues esquilles. Il n'y a donc pas lieu de préjuger de la bénignité certaine des blessures causées par les balles cuirassées, malgré l'absence de leurs déformations et l'impossibilité de leur fusion.

9. — Deux cas d'extraction tardive de projectiles perdus dans les os de la face. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1887, t. XXIV, p. 647.)

Dans cette note présentée à l'Académie de médecine, j'ai soutenu cette thèse que, dans certaines régions et dans certains cas, lorsque l'asepsie du foyer traumatique était très difficile ou impossible à maintenir, la règle générale de la *non-intervention immédiate* cessait d'être applicable. L'extraction des projectiles doit donc être pratiquée aussitôt que possible.

10. — De la conduite à suivre dans les blessures par coups de feu des cavités viscérales. (*Congrès français de chirurgie*, 3e session, 1888, p. 55.)

Limitant notre étude aux coups de feu de l'abdomen, et plus spécialement du petit intestin par petits projectiles, nous essayons de démontrer que l'intervention est la seule chance de salut. Déjà *Baudens*, *Legouest*, avaient posé en règle l'exploration, l'ouverture du ventre, la suture; que les chirurgiens américains préconisent aujourd'hui. La gravité des plaies intestinales par balles est extrême, les blessés meurent d'hémorrhagie et de péritonite septique; la laparotomie seule permet de prévenir ces complications. Une statistique de 41 cas montre qu'elle est loin d'être aussi dangereuse qu'on l'a affirmé; qu'elle est exécutable et donne des succès nombreux (38,8 pour 100) si elle est faite de bonne heure. Il y a donc lieu d'intervenir activement dans les coups de feu pénétrants de l'abdomen, de pratiquer la laparotomie médiane, d'examiner l'intestin, de suturer ses plaies, de lier ses vaisseaux, puis d'employer les moyens médicaux, opium, enveloppement ouaté, diète, pour favoriser la guérison.

11. — Recherches expérimentales sur les effets des armes nouvelles et des projectiles de petit calibre, à enveloppe résistante. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1888, et *Bull. et mém. de la Société de chir.*, 1888, t. XIV, p. 556.)

Ces notes ne sont que le résumé des résultats obtenus par nous dans de nombreuses expériences, et une prise de possession contre des prétentions d'antériorité formulées par d'autres chirurgiens. Nous sommes entré dans de plus grands détails dans le mémoire suivant.

12. — Recherches expérimentales sur les effets des armes nouvelles et des balles de petit calibre, à enveloppe résistante, faites avec le concours de nos collègues Nimier, Breton et Pesme. (*Arch. génér. de méd.*, 1888, t. II, p. 385.)

C'est avec le fusil Lebel, aujourd'hui réglementaire dans notre armée, qu'ont été pratiquées nos expériences. Elles nous permettent d'étudier les

effets du nouveau projectile à manteau, d'abord suivant les distances, puis suivant les régions, enfin suivant les tissus. Nous insistons sur la rareté de l'arrêt de ces petites balles dans nos tissus, sur le peu de fréquence de leurs déformations, conséquence de leur résistance, de leur solidité, de leur forme allongée, enfin de la force d'impulsion dont elles sont animées. Comparant entre eux les effets des balles de plomb de 11 millimètres, essentiellement déformables, et des balles de 8 millimètres à manteau solide, nous arrivons aux conclusions suivantes : *a*. Les ouvertures, les sétons, les trajets sont, à distance égale, plus étroits, plus nets avec la balle du fusil Lebel. *b*. Les lésions des diaphyses sont plus étendues aux longues portées, mais les esquilles sont maintenues en place, pendant que de près il y a perte de substance véritable.

c. La projection des esquilles est moins prononcée pour le *Lebel* que pour le *Gras*. *d*. Les lésions aux distances éloignées sont moindres pour les parties molles et les os spongieux, plus grandes pour les os compacts.

e. Les effets dits *explosifs* se produisent dans une zone moins étendue. *f*. Les désordres sont mieux limités, le séjour des balles est exceptionnel. En somme, les conditions de la chirurgie d'armée seront peu modifiées, l'important est d'assurer une antisepsie convenable par une bonne organisation sanitaire.

13. — Ostéo-périostite, contractures consécutives à l'enclavement d'un très petit projectile; extraction, guérison. Rapport sur un fait du Dr Richon. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1882, t. VIII, p. 438.)

De tels accidents prouvent, suivant nous, que la non-extraction des petits projectiles ne doit pas être érigée en règle constante, et qu'il est des cas où l'extraction immédiate rend d'utiles services.

14. — Coup de feu pénétrant du crâne; fracture par contre-coup. Rapport sur une observation de M. Moty. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 543.)

Cet exemple d'une lésion rare, mais aujourd'hui démontrée, nous permet de résumer les faits analogues au nombre de 18 au plus. L'action de l'augmentation subite de la pression à l'intérieur du crâne explique, dans les pénétrations seulement, la production de ces fissures et le détachement de fragments dans les parties les plus minces de la base.

15. — Déformation des projectiles sur les pièces du squelette. Rapport sur un mémoire du Dr Bousquet. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 624.)

Les déformations des balles de plomb sur les os offrent des formes typiques qui rendent compte de la façon dont elles ont frappé le squelette, en même temps que de la structure compacte ou spongieuse de ce dernier. Il est même possible, étant donné la balle, de soupçonner la distance du tir, mais, contrairement à notre confrère, nous ne croyons pas qu'on en puisse tirer des indications *précises* sur la nature de la lésion osseuse.

16. — Deux observations de plaies par coup de feu de l'abdomen. Rapport sur une note du Dr Sévastopoulo. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 273.)

Ces deux faits, auxquels nous ajoutons 9 observations américaines, nous permettent de prendre parti dans la discussion sur le traitement des coups de feu pénétrants de l'intestin par petits projectiles. Nous concluons, s'il y a probabilité de pénétration, à l'élargissement de la plaie, à l'exploration des viscères ; s'il y a lésion, à la laparotomie immédiate.

17. — Des plaies de l'abdomen au Tonkin. Rapport sur un travail de M. Nimier. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 281.)

Malgré la statistique de notre collègue où la mortalité s'abaisse à 73 pour 100, en campagne, par la simple expectation, nous ne croyons pas à l'efficacité supérieure de ce mode thérapeutique. Décomposant les faits, nous montrons que, hors les lésions du gros intestin, les guérisons sont exceptionnelles, que le choc est peu fréquent, que l'opération est praticable si les blessés sont examinés dès l'abord, qu'elle n'empêche pas le traitement médical.

18. — Blessure pénétrante du crâne par arme à feu. Rapport sur un fait du Dr Berra. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 414.)

Cas où la guérison se fit avec séjour du projectile, malgré des explorations imprudentes.

19. — Plaie pénétrante du crâne avec séjour de la balle. Rapport sur une observation de M. Prengrueber. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 589.)

Ici, la mort par méningite suppurée fut la conséquence du séjour de la balle et de l'attrition du cerveau. Or le sujet avait été présenté comme guéri, et l'exploration prudente eût fait sans doute reconnaître et extraire le corps étranger.

20. — Effets de la mélinite. Rapport sur un mémoire du Dr Tachard. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 594.)

La terrible explosion d'un obus à l'arsenal de Belfort fournit à notre collègue de l'armée l'occasion de constater les blessures dues à la détonation du nouvel explosif. Nous résumons d'après lui leurs particularités.

21. — Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver. Rapport sur un fait du Dr Tartière. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIV, p. 321.)

La mort du blessé, au bout de dix-huit heures, par hémorrhagie interne venant d'une lésion limitée de la rate, prouve, ici encore, les avantages de la laparotomie.

22. — Effets des nouveaux projectiles de petit calibre. Rapport sur une note du Dr Meynier. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIV, p. 357.)

Suivant notre collègue, les balles à enveloppes métalliques éclatent aux vitesses de 150 à 200 mètres sur les os du cheval. Nous n'avons jamais vu semblable résultat chez l'homme.

23. — Quelques fractures expérimentales du crâne par balles du fusil Lebel. Rapport sur une note du Dr Nimier. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIV, 554.)

Dans les fractures du crâne se voient trois variétés de fissures : radiées ou

rayonnées, concentriques et circulaires. Les balles à enveloppe de laiton se déforment rarement sur les animaux ; au contact d'obstacles résistants extérieurs, elles subissent des déformations et des dislocations variées.

24. — Contre-indications à la recherche immédiate des projectiles enclavés dans l'oreille. Rapport sur un travail de M. Tachard. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1889, t. XV, p. 59.)

Contrairement à M. Berger, notre confrère repousse l'intervention immédiate en raison de l'encéphalo-méningite presque constante. Nous ne partageons pas son avis, et si nous n'admettons pas l'extraction immédiate quand même, nous pensons qu'elle peut être rendue nécessaire par les accidents que détermine la balle.

25. — Balle aplatie et conservant l'empreinte d'un tissu. Rapport sur un fait du Dr Gripat. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1889, t. XV, p. .)

La balle, extraite de la cuisse, touchait le fémur dont la séparait un morceau du caleçon resté intact. Notre confrère prouve par l'expérience que la *fusion* du plomb n'est pour rien dans ces déformations et empreintes.

26. — Observations de plaies pénétrantes de l'abdomen. Rapport sur un travail du Dr Guert. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1889, t. XV, p. .)

Cas de lésion du foie par balle de revolver; de lésion de l'intestin et du mésentère ayant amené la mort par hémorrhagie interne; ils montrent, contrairement à l'opinion de l'auteur, que la laparotomie eût été utile chez le second blessé.

VII. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE

A. — NÉOPLASMES.

1. — Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du radius, désarticulation du coude. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1876, p. 823.)

En ajoutant à l'observation personnelle, point d'origine de ce travail, onze faits empruntés à d'autres chirurgiens, nous concluons que dans les ostéo sarcomes des membres la désarticulation de l'os atteint est toujours plus sûre que l'amputation dans la continuité contre la récidive.

2. — Tumeur lymphatique de la face, lymphadénome, leucémie consécutive. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1877, et *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1877, t. III, p. 161.)

Dans ce cas intéressant, objet d'une discussion à la Société de chirurgie, l'examen de la rétine nous fit reconnaître la nature, jusque-là fort douteuse, de la tumeur.

3. — Mégalodactylie de l'annulaire droit. Rapport sur une observation du Dr Tachard. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1889, t. XV, p. .)

Fait rare d'hypertrophie du tissu cellulo-graisseux du doigt sans altération de l'os ni des vaisseaux.

B. — ORGANES DES SENS

a. — ŒIL.

1. — Note pour servir à l'histoire de la cataracte centrale antérieure, congénitale et acquise. (*Arch. gén. de méd.*, 6e série, t. XXIII, 1874, p. 433.)

Nous basant sur des faits recueillis dans notre service de l'hôpital du Val-de-Grâce, nous montrons que la cataracte capsulaire centrale comprend deux affections bien distinctes. La première est la cataracte capsulaire végétante, constituée par des dépôts exsudatifs sur la cristalloïde antérieure. La seconde, cataracte polaire, siège à la face interne de la cristalloïde et résulte d'une prolifération locale de l'épithélium sous-capsulaire. La description complète de ces deux affections fait l'objet de notre travail.

2. — Kystes séreux des paupières.

Ce travail, envoyé au Conseil de santé des armées en 1879, est resté inédit. Il contient plusieurs observations personnelles de ces petites tumeurs séreuses qui se développent sur le bord libre des paupières et constituent pour les femmes surtout une difformité pénible.

3. — Névrite optique double avec myélite aiguë temporaire. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1880, t. VI, p. 512.)

Ce fait est une pierre d'attente pour l'étude des rapports entre les affections des nerfs optiques et les lésions aiguës de l'axe médullaire. Il ne nous a pas été donné d'en rencontrer un semblable depuis plus de huit ans.

4. — Orbite. (*Dict. encycl. des sciences médicales*, 2e série, t. XVI, pp. 542 à 751.)

Cet article comprend, en même temps que la pathologie, l'anatomie et le développement de la cavité orbitaire. Les lésions traumatiques et principalement les fractures du canal optique dans lesquelles le nerf optique est très

souvent compromis, y sont l'objet de grands développements. Il en est de même des tumeurs dont nous avons réuni tous les cas publiés, afin de donner à nos descriptions une base clinique.

5 — Sur quelques cas de perte immédiate et unilatérale de la vue, à la suite des traumatismes du crâne et de la face. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 542.)

Sept observations personnelles de cet accident nous permettent d'en rechercher la nature et l'origine. Si l'atrophie du nerf optique est, en somme, la lésion habituelle à la suite de ces traumatismes, il n'est pas certain que cette dégénérescence soit constamment la conséquence d'une fracture orbitaire, ni d'un épanchement de sang dans l'intérieur du tronc nerveux ou dans l'espace vaginal.

6. — Des amblyopies traumatiques. Hémiopie horizontale de l'œil droit, suite d'un coup de fleuret à l'angle interne de l'orbite. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1882, p. 27).

Ce fait montre la possibilité de lésions partielles du nerf optique par une arme piquante qui pénètre dans la cavité orbitaire.

7. — Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil et de la vision. (*Bibliothèque diamant des sciences médicales et biologiques*, in-12 de 431 pages avec 150 figures, chez *G. Masson*, 1882.)

Ce livre est la condensation des leçons que nous faisons chaque année à l'École d'application du Val-de-Grâce. Il a pour but de donner au médecin qui débute, un guide sûr et clair pour l'examen de la fonction visuelle. Aussi, en avons-nous éloigné avec soin tout ce qui est Optique mathématique, convaincu par une longue expérience de l'impuissance de la majorité des médecins à comprendre toute formule. Adoptant, pour la clarté de l'exposition, la représentation la plus simple de l'appareil de réfraction oculaire, nous avons réduit au strict nécessaire les explications théoriques des appareils usuels, optomètres et ophtalmoscopes. Suivant l'ordre naturel, nous étudions successivement les épreuves méthodiques, subjectives et objectives, que comporte l'exa-

men complet d'un sujet atteint de défectuosité de la vision. A ces dernières, aux épreuves *objectives*, nous avons donné tous les développements qu'elles exigent en raison de leur grande importance. Dans l'armée, bien des assertions sont sujettes à caution, bien des tentatives de simulation sont à déjouer, et le médecin militaire doit se fier bien plus à ce *qu'il voit* qu'à ce *qu'il entend*. Dans une dernière partie nous faisons connaître les règlements en vigueur dans l'armée et dans la marine en ce qui concerne l'aptitude au service, règlements qui doivent être connus, non seulement par les médecins militaires, mais aussi par les praticiens appelés chaque jour à donner conseil aux familles sur la carrière de leurs enfants.

8. — Diagnostic de l'amblyopie unilatérale simulée. Appareil de Flês modifié. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1885, t. VI, p. 129.)

Dans cet appareil qui nous a permis de déjouer bien des simulations, nous avons réuni toutes les conditions qui permettent de surprendre le sujet en examen, en même temps que de déterminer immédiatement si l'état de sa vision le rend apte ou impropre au service militaire. Les images fournies par notre boîte sont à volonté homonymes ou croisées, de sorte que le simulateur ne sait que répondre et doit s'avouer vaincu.

9. — Statistique du service d'ophtalmologie et des examens de la vision pratiqués au Val-de-Grâce, de 1882 à 1886. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1886, t. VII, p. 65-103.)

Après avoir montré les conditions peu favorables à l'instruction que présentait jadis le service d'ophtalmologie au Val-de-Grâce, par suite de l'insuffisance des malades, je fais voir le parti que, grâce à l'initiative de M. l'inspecteur *M. Perrin*, nous avons pu retirer des ressources fournies par le recrutement de la Seine. En l'espace de 4 ans. 3375 examens ont été pratiqués, presque tous, les 3/4 environ, chez des sujets de 18 à 21 ans inclus. Au point de vue de la réfraction statique, 4220 yeux myopes nous donnent 57 pour 100 de myopies faibles, 33 pour 100 de moyennes, 8,5 pour 100 de fortes, et 1,74 pour 100 de très fortes. Grâce à ces chiffres élevés d'examens nous pouvons étudier le rôle de l'hérédité (38,4 pour 100), la fréquence de l'astigmatisme, le taux de l'acuité visuelle avant et après correction, enfin les

lésions de la choroïde dont la proportion s'élève de 36 à 62, à 76, à 90 pour 100 en passant des myopies légères aux vices de réfraction les plus élevés.

L'hypermétropie, moins commune, ne nous donne que 655 cas, dont 75 pour 100 environ de 0 à 3 dioptries. L'intérêt ici est surtout dans l'affaiblissement de la vision qui accompagne si souvent le déficit de la réfraction statique. Nous montrons qu'il existe chez presque tous, qu'il rend les 2/3 des sujets impropres au service, que s'il dépend parfois d'un astigmatisme prononcé, il coïncide aussi avec une hypéropie simple, sans lésion des membranes oculaires. L'astigmatisme nous conduit à l'étude des affections morbides; conjonctivites, kératites, taies, iritis, cataractes, choroïdites, névrites, etc., qui déterminent un affaiblissement de l'acuité visuelle. Enfin, nous concluons de 249 cas de strabisme, dont 131 convergent et 118 divergent, qu'il y a peut-être lieu de revenir sur les lois édictées par *Donders*, pour l'explication des strabismes concomitants par amétropie.

10. — De la constatation objective de l'astigmatisme par les images cornéennes, au Conseil de révision. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1887, t. VII, p. 357.)

Témoin journalier des difficultés que présente la constatation et la détermination objectives de l'astigmatisme, même dans un service d'hôpital, nous appelons l'attention de nos collègues de l'armée sur l'utilisation d'un petit appareil constitué par des cercles concentriques, noirs sur fond blanc. Le papier est collé sur une plaquette de bois, percée d'un trou à son centre qui coïncide avec celui des cercles, et une lentille convexe permet de voir sur la cornée de l'examiné, l'image de ces cercles suffisamment grandie par le verre. La déformation régulière ou irrégulière de cette image indique l'existence d'un astigmatisme, sa nature, son inclinaison, et avec un peu d'habitude sa valeur approximative. Cette méthode est indiquée par M. Javal.

11. — Trichiasis. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 3ᵉ série, t. XVIII, 1887.)

12. — Hypermétropie. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 4ᵉ série, t. XV, 1888.)

Dans cet article, nous avons tenté de présenter sous une forme simple, à un

point de vue exclusivement pratique, cette question parfois difficile à comprendre dans les traités spéciaux.

13. — De la myopie dans ses rapports avec l'astigmatisme. (*Arch. d'ophtalmologie*, 1888, n° de Juillet-Août.)

Ce travail est destiné à contrôler les assertions émises par le docteur *Martin* de Bordeaux, sur le rôle prépondérant de l'astigmatisme dans le développement de la myopie. Nous appuyant sur des faits nombreux et recueillis avec soin, nous arrivons à conclure que si l'astigmatisme est l'accompagnement ordinaire de l'excès de réfraction statique, il n'y a aucun rapport régulier entre les deux amétropies, entre leur valeur et la situation des méridiens principaux astigmates. De même, si le staphylome postérieur est la lésion typique de la myopie, la direction du croissant sclérotical est absolument indépendante de celle de l'astigmatisme. En somme, la relation invoquée ne nous paraît pas établie par les faits, et nous repoussons la règle thérapeutique qu'on en a voulu déduire : Corrigez l'astigmatisme et vous arrêterez le développement de la myopie, son accroissement progressif.

14. — Presbytie. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 2e série, t. .)

15. — Iris. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 4e série, t. 18 .)

Dans cet article, écrit en collaboration avec M. *Nimier*, nous avons traité uniquement la partie opératoire, exécution et valeur des opérations qui se pratiquent sur cette membrane.

16. — Sur un cas de névralgie de la branche ophtalmique du trijumeau. Rapport sur une observation du Dr Dardignac. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1883, t. IX, p. 711.)

Cas de zona ophtalmique amélioré par l'explosion d'oreillons. L'élongation et l'arrachement du nasal externe, conseillés par l'auteur, nous paraissent d'une application délicate et d'une utilité douteuse.

17. — Exostose éburnée du frontal remplissant l'orbite. Rapport sur une observation du professeur Badal. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 605.)

La tumeur, volumineuse, fut enlevée avec le maillet et la gouge, et le malade guérit. M'appuyant sur les observations connues, sur les dangers de l'accroissement de ces exostoses, je montre que, contrairement à la règle donnée par Berlin en Allemagne, il est indispensable de les enlever et de se frayer, pour cette ablation, une voie aussi large que possible.

18. — Note sur l'opération de la cataracte. Rapport sur une note du Dr Vacher. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XIX, p. 283.)

Appréciation de quelques instruments modifiés ou imaginés pour faciliter l'issue du cristallin, en particulier un *décoiffeur* de la lentille.

b. — OREILLE.

1. — Des abcès intra-crâniens consécutifs aux suppurations de l'oreille et de leur traitement. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1888, p. 660.)

Est-il possible, est-il permis d'aller à la recherche des suppurations intra-crâniennes consécutives aux otites moyennes purulentes? Possédons-nous des signes suffisants pour reconnaître la formation de ces collections, pour soupçonner leur siège? A la solution de cette question actuellement soulevée, j'ai apporté à l'Académie de médecine deux faits personnels. S'ils montrent les difficultés du diagnostic, ils prouvent que l'on est autorisé à aller à la recherche de ces abcès dans la partie inférieure du lobe temporo-sphénoïdal, après trépanation inutile de l'apophyse mastoïde, à ouvrir le crâne au-dessus ou en arrière du méat auditif, à diviser la dure-mère, et à ponctionner avec un fin trocart.

2. — Des effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu. Rapport sur un travail de M. Nimier. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1889, t. XV, p. .)

Notre confrère étudie successivement les éléments de la détonation, son mode d'action et ses effets ; il résout une partie de cet intéressant problème.

C. — APPAREIL LOCOMOTEUR

1. — Luxation ischio-pubienne du fémur. (*Rec. des Mém. de méd. milit.*, 1869, t. XXI.)

La réduction dans ce cas, absolument classique, fut obtenue par les procédés de douceur.

2. — Chute sur la paume de la main, luxation incomplète du coude en arrière, fracture de la trochlée? (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1878, t. IV, p. 534.)

Cette observation était destinée à appeler l'attention sur une complication possible, mais souvent difficile à reconnaître dans les premiers jours de l'accident, la fracture de la poulie humérale.

3. — Obliques, obturateurs. (Articles du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1880, 2e série, t. XV.)

4. — Fracture de la voûte du crâne, hémiplégie au 6e jour; trépanation et extraction des fragments osseux enfoncés. Disparition de la paralysie, variole, chute sur la tête, hernie du cerveau et abcès cérébral, mort. Rapport sur une observation de M. Schwartz. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1882, t. VIII, p. 701.)

5. — De la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule avec écartement. Rapport sur un travail du Dr Beaurегard. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1883, t. IX, p. 804.)

Dans ce travail, nous avons réuni 49 faits de suture osseuse dont 45 depuis 1877, parmi lesquels 30 opérations primitives, c'est-à-dire rapprochées de

l'accident. Une incision variable met à nu les fragments qui sont rattachés par un ou deux fils, généralement métalliques, temps assez difficile : 2 morts, 28,6 pour 100 d'insuccès, nous conduisent à conclure que la suture, dans les fractures transversales récentes, sous-cutanées, avec écartement, ne doit pas être acceptée comme méthode générale. Il faut la réserver aux cas de coaptation impossible. Mais dans les fractures anciennes, avec cal fibreux étendu, impuissance fonctionnelle, après l'échec de l'électrisation et des appareils, elle doit être conseillée.

6. — Ostéite tuberculeuse de l'astragale, résection de cet os, guérison. Rapport sur un travail du Dr Robert. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 17.)

Ajoutant au fait intéressant de notre collègue les observations antérieurement publiées, nous arrivons à cette conclusion : que le diagnostic est difficile, l'opération peu favorable (35 pour 100 d'insuccès), et ses résultats ultérieurs tellement aléatoires que l'amputation de la jambe est habituellement préférable.

7. — Luxation du poignet en avant par cause directe. Rapport sur une observation du Dr Dieu. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 296.)

L'examen du moule nous laisse indécis et fait croire à une fracture du radius.

8. — Note sur les ostéites tuberculeuses et syphilitiques de la voûte du crâne. Rapport sur un travail du Dr Poulet. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 617.)

De l'inspection des pièces présentées par notre collègue, je conclus, que si la nature syphilitique des ostéites en spirales est évidente, il n'en est pas de même de la nature tuberculeuse des larges perforations de la voûte crânienne. Ici des faits cliniques apporteraient seuls la conviction, et ces faits font précisément défaut.

9. — Subluxation des cinq métacarpiens sur le carpe. Rapport sur un fait de M. Poulet. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 902.)

Cas de luxation incomplète du métacarpe en avant, réduite, mais incomplètement aussi, au bout d'un mois.

10. — De l'hydarthrose tuberculeuse. Rapport sur un travail de M. Poulet. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 904.)

Je combats, dans ce travail, la tendance des anatomo-pathologistes à multiplier les divisions et subdivisions, au détriment de la clinique. En réalité, le diagnostic de tuberculose est basé sur l'évolution de l'arthrite et non sur les signes primitifs ; il est souvent délicat. En tout cas, l'arthrectomie partielle ne me paraît pas acceptable.

11. — Contribution à l'étude des luxations des métacarpiens. Rapport sur un travail du Dr Bablon. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 83.)

Trois cas de luxation en arrière des deux derniers métacarpiens de la main droite, par pression brusque et violente, recul du levier du fusil Chassepot; suites fonctionnelles graves et persistantes.

12. — Luxation du pouce en arrière. Rapport sur un travail du Dr Richon. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 409.)

Observation de déplacement de la première phalange du pouce en arrière, où l'échec du procédé de Farabeuf oblige à recourir à une arthrotomie et au dégagement direct du ligament glénoïdien; succès relatif, les mouvements restent limités et la puissance d'action affaiblie.

13. — Luxation postéro-latérale de la phalangine du médius sur la phalange. Rapport sur un travail du Dr Mabboux. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 415.)

Observation où une plaie palmaire articulaire compliquait le déplacement. Malgré la réduction immédiate et l'antisepsie, arthrite et synovite suppurées avec ankylose.

14. — Fracture bi-malléolaire, résection avec conservation de la malléole externe. Rapport sur un travail du Dr Charvot. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIV, p. 665.)

Pour remédier à une déviation du pied en dehors, suite de consolidation vicieuse, notre collègue résèque l'extrémité inférieure du tibia et sectionne simplement le péroné. Nous le félicitons de son intervention, mais nous combattons les expressions exagérées, restitution des mouvements et des fonctions du membre, par lesquelles il exprime le résultat obtenu.

15. — Luxation tarso-métatarsienne. Rapport sur un travail du Dr Nimier. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1889, t. XV, p. 57.)

Observation de luxation mixte avec déplacement du premier cunéiforme en haut et en dedans. L'ablation de cet os ne remédie qu'incomplètement au trouble fonctionnel.

D. — APPAREIL CIRCULATOIRE

1. — Artère obturatrice. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 2[e] série, t. XIV, 1880.)

2. — Engorgement chronique des membres inférieurs. Phlébite obturante de la veine fémorale profonde. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1878, t. IV, p. 350.)

Observation de deux cas d'œdème limité du membre inférieur, dont nous avons depuis revu quelques nouveaux exemples.

3. — Gangrène des deux pieds chez un cachectique paludéen. Glycosurie concomitante, double amputation, guérison. Rapport sur une observation du D[r] Demmler. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1883, t. IX, p. 504.)

Ce fait nous fournit l'occasion de discuter l'influence exercée par les traumatismes sur les diathèses et les propathies. Il nous semble que leur action est loin d'être spécifiée nettement, et que le praticien reste embarrassé devant des faits contradictoires. Ce n'est qu'un problème à l'étude.

E. — APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

1. — Grenouillette. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 4e série, t. X, 1885.)

Dans cet article, nous avons décrit les variétés cliniques de cette affection, discuté les théories multiples émises sur sa nature et indiqué le traitement à mettre en usage dans les différents cas.

2. — Ulcère rond de l'estomac. (*Gaz. des hôpit.*, mars 1866.)

Cas de mort par ouverture d'une artériole donnant lieu à une hémorrhagie incoercible.

3. — Plaie compliquée de l'abdomen. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1878, t. IV, p. 629.)

Observation d'une blessure par couteau arabe, avec pénétration de l'abdomen et des deux plèvres, double hémo-thorax; perforation de la rate, issue de l'épiploon et section de la moelle à la partie inférieure. Mort le troisième jour par péritonite traumatique.

4. — Kyste hydatique du foie, ouvert par le thermo-cautère. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 249.)

La profondeur de la collection liquide séparée du péritoine par 5 à 6 centimètres de tissu hépatique avait fait échouer un premier essai d'ouverture avec le bistouri. En reportant l'incision plus haut et me servant du thermocautère, j'opérai à blanc pour ainsi dire, et la poche fut facilement atteinte. Cependant la guérison fut retardée par l'issue de centaines d'hydatides.

5. — Hernie ombilicale étranglée, kélotomie le 6e jour, guérison. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 844.)

L'opération fut suivie de la suture des parois du sac au-dessus de l'orifice

herniaire, trop large pour être obstrué ou fermé par rapprochement. La guérison, très prompte, ne s'est pas démentie.

6. — Fistule à l'anus déterminée par l'hypertrophie de la valvule de Houston. Rapport sur un travail du Dr Vieusse. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1882, t. VIII, p. 281.)

Deux cas observés par notre confrère montrent que la section de la valvule suffit pour amener la guérison. Au lieu du bistouri et des ciseaux conseillés, l'emploi du thermo-cautère nous semble préférable.

7. — Kyste hydatique de la parotide. Rapport sur une observation du Dr Vieusse. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 158.)

Cas de kyste pris pour une tumeur néoplasique, ablation de la glande, guérison. L'examen du liquide extrait par ponction eût peut-être montré la nature de la tumeur et permis d'éviter une opération grave en somme.

F. — APPAREIL URO-GÉNITAL

1. — Calcul de l'urèthre. Boutonnière. (*Rec. de Mém. de méd. milit.*, 1869, t. XXI.)

Petit calcul arrêté dans la portion spongieuse de l'urèthre, et que l'échec des tentatives d'extraction par les voies naturelles, oblige d'enlever par une ouverture directe du canal.

2. — Cystite. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 1re série, t. XXIV, 1880.)

Nous étudions dans cet article les diverses formes d'inflammations vésicales, en insistant sur la cystite tuberculeuse, jusque-là peu connue.

3. — Cystotomie. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 1re série, t. XXV, 1880.)

Ce long travail est un exposé complet, historique et clinique de la question des *tailles* il y a une dizaine d'années. Après avoir minutieusement décrit les méthodes opératoires et les procédés principaux que chacune d'elles comporte, nous cherchons à établir les indications de la cystotomie et de la lithotritie. Puis, comparant les statistiques, discutant le pour et le contre de chaque taille, nous donnons les avantages des sections périnéales et hypogastriques, en même temps que leurs inconvénients et leurs dangers. Sans vanter outre mesure la cystotomie sus-pubienne, nous montrons combien elle est simple, et combien elle a de chances de rentrer dans la pratique journalière, surtout chez les adultes.

4. — Inversion utérine, amputation par la ligature élastique, guérison. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. V, p. 349.)

Cette observation montre la valeur de l'amputation par la ligature élastique, dans ces cas d'inversion ancienne, irréductible, qui, par les hémorrhagies répétées, menacent la vie de la malade.

5. — Contracture de la portion musculaire de l'urèthre, calcul vésical, taille latéralisée. Rapport sur une observation du Dr Cauvy. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1882, t. VIII, p. 858.)

La taille est pratiquée parce que la contracture du canal rend la lithotritie impossible, le malade guérit. L'auteur propose le tamponnement sur une sonde molle uréthrale, procédé bien inférieur au ballon à insufflation du professeur Guyon.

6. — Rupture de l'urèthre, ponction hypogastrique, uréthrotomie externe le 5e jour, mort. Rapport sur un fait de M. Barthélemy. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 820.)

Contrairement à l'auteur, j'insiste sur la nécessité dans ces cas de l'incision périnéale, large, immédiate, avec introduction, si possible, d'une sonde volumineuse dans le bout postérieur du canal.

7. — De l'orchite paludéenne. Rapport sur un mémoire du Dr Charvot. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 597.)

L'orchite palustre est intermittente, ou continue. Cette dernière, décrite par notre collègue, présente peu de signes typiques. La fréquence de l'atrophie testiculaire consécutive nous paraît nécessiter un traitement résolutif énergique.

G. — RÉGIONS DIVERSES

1. — Sacrée. Sacro-coccygienne. Sacro-iliaque. Sacro-vertébrale. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 3e série, t. VI, 1877.)

Ces articles comprennent, en même temps que l'anatomie, l'exposé des affections qui peuvent se développer dans la région (tumeurs congénitales, sacro-coxalgie, etc.).

2. — Occipital. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 2e série, t. XIV, 1880.)

3. — Omoplate. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 2e série, t. XV, 1881.)

Dans cet article, nous avons étudié longuement les multiples opérations qui se pratiquent sur cet os, et nous avons indiqué un procédé d'amputation inter-scapulo-thoracique, à double raquette, avec ou sans ligature préalable de l'artère sous-clavière, que nous avions plusieurs fois exécuté sur le cadavre.

4. — Pied. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 2e série, t. XXV, 1887.)

Ce long travail, fait en collaboration avec M. le professeur Paulet, de Montpellier, comprend à la fois le pied et la région tibio-tarsienne. A l'anatomie, à la pathologie si intéressante du *Pied bot*, nous avons ajouté l'étude complète des tarsotomies préconisées contre ces difformités invétérées. De même pour le pied et le cou-de-pied, nous avons donné une large place aux opérations multiples de la région, à leur manuel et surtout à la discussion de leur valeur et de leurs indications.

VIII. — MÉDECINE OPÉRATOIRE

1. — *Précis d'opérations de chirurgie*, 2e édition. Paris, 1883, in-12 de 792 pages avec 303 figures.

Chargé des Conférences de médecine opératoire à l'École d'application de médecine militaire comme professeur agrégé, nous fûmes sollicité par nos élèves de publier les leçons qui forment le préambule des exercices pratiques. Édité pour la première fois en 1877, notre *Précis d'opérations* s'est enrichi, dans sa seconde édition, d'opérations devenues classiques et des procédés de notre collègue, le professeur Farabeuf.

La première partie : *Opérations générales*, comprend les ligatures d'artères, les amputations, les résections, les opérations applicables aux troncs nerveux et aux tendons. Donnant tous nos soins à la description technique des opérations, nous n'avons pas craint d'entrer dans les détails et de diviser pour mieux faire comprendre. Des dessins demi-schématiques, dus à la plume du docteur *Charvot*, font sauter aux yeux la situation exacte des incisions. Dans quelques cas, nous avons modifié les procédés conseillés, et pour l'ablation du bras avec l'omoplate, nous avons, l'un des premiers, décrit un mode opératoire spécial qui simplifie singulièrement l'exécution.

Dans la seconde partie du volume, *Opérations spéciales*, nous étudions successivement les autoplasties, les opérations sur les yeux, auxquelles nous avons donné de longs développements en raison de leur importance; les opérations sur l'oreille, les fosses nasales, etc., la bronchotomie, l'empyème. L'abdomen et les organes qu'il renferme, l'appareil génito-urinaire de l'homme, font ensuite de nombreux chapitres, en raison de la multiplicité des interventions chirurgicales sur ces régions. En insistant sur les plus minimes détails, nous avons pensé rendre service aux élèves, pour lesquels notre livre était surtout écrit

2. — Amputation tibio-tarsienne. (*Gaz. des hôpit.*, Juin 1870.)

Cette observation est destinée à montrer les bons résultats du lambeau talonnier de Syme dans la désarticulation totale du pied.

3. — Sur la valeur relative des amputations sus-malléolaire, tibio-tarsienne et sous-astragalienne. (*Mém. de la Soc. de chir.*, 1873, t. VII.)

Couronné du prix Laborie, par la Société de chirurgie, en 1869, ce mémoire est basé sur l'analyse d'un nombre considérable d'observations empruntées surtout aux chirurgiens français. Non seulement nous étudions avec les statistiques la valeur relative de ces opérations, mais de plus nous discutons le mérite des méthodes employées. En effet, si la mortalité est peu modifiée par l'emploi de modes opératoires différents, il n'en est pas de même des résultats ultimes. Moins grave pour la vie que les désarticulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne, la section de la jambe au-dessus des malléoles permet rarement l'appui direct sur le plat du moignon; elle exige le port d'une jambe mécaniquo, et ne convient qu'aux riches et aux vieillards. Dans l'amputation sous-astragalienne, rarement pratiquée, les faits nous montraient la fréquence des échecs par la récidive de l'ostéite et la valeur ultime discutable.

En somme, l'amputation totale du pied avec le grand lambeau talonnier de Syme, ou la raquette de J. Roux, fournit les meilleurs résultats fonctionnels et les plus durables. La modification de Pirogoff paraît digne d'examen, mais à condition, comme nous l'indiquions déjà, de remplacer la section verticale du calcanéum par une section plane horizontale, ainsi que le professeur L. Le Fort et notre collègue Pasquier l'ont proposé à peu près en même temps.

4. — Jambe. (*Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XIX, 1874.)

Dans cet article, fait en collaboration avec M. *F. Poncet*, nous avons rédigé toute la partie Médecine opératoire.

5. — Main. (*Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXII, 1875.)

Notre collègue M. *Le Dentu* a rédigé la partie *Anatomie et pathologie* de

cet article, nous l'avons complété par l'étude des opérations et de leurs résultats.

6. — Amputation de la jambe à la partie moyenne par le procédé à deux lambeaux de Teale. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1877, t. III, p. 557.)

En communiquant ce fait d'une opération rarement pratiquée en France, je désirais surtout appeler l'attention sur les bons résultats définitifs. Mon opéré, au bout de deux ans, présentait un moignon parfait, et se servait de sa jambe aussi bien avec le pilon qu'avec une jambe artificielle, mobile au genou, dont il usait d'habitude par les nécessités de son travail.

7. — Résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe.

Cette observation, communiquée à l'Académie de médecine le 14 septembre 1886, confirme les heureux résultats signalés par M. Polaillon, auteur de cette modification aux procédés de résection ordinaire. Elle a fait l'objet d'un rapport de M. M. Perrin, dans la séance du 22 février 1888.

8. — Amputation de Wladimiroff-Mikulicz. (*Revue critique in Revue de chir.*, 1887, t. VII, p. 1020.)

Dans ce petit travail, nous avons réuni les 26 cas de cette singulière opération publiés jusqu'à la fin de 1887. Notre but était de la signaler à l'attention des chirurgiens français, d'indiquer sa valeur et de décrire son exécution. Malgré son aspect bizarre, ce moignon digitigrade semble capable de rendre de grands services.

9. — Amputation simultanée des quatre derniers métatarsiens. Rapport sur une observation du Dr Nimier. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIV, p. 225.)

Repoussée par la majorité des chirurgiens, à cause de la déviation du premier métatarsien seul conservé, cette opération dans le fait rapporté par notre collègue a donné un très bon résultat fonctionnel.

10. — Amputation de Lisfranc à grand lambeau plantaire. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1889, t. XV, p. 131.)

Fait à l'appui de l'utilité des immenses lambeaux plantaires dans les amputations transversales de l'avant-pied. La cicatrice est abritée sous le bourrelet supérieur ou dorsal formé par le lambeau exubérant.

IX. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

1. — Plaie du cou par instrument tranchant, tentative de réunion, mort. (*Recueil de Mém. de méd. milit.*, 1871, t. XXVI, p. 136.)

Ce fait démontre que dans les sections transversales du cou, au niveau du larynx, la suture a peu de chances de succès et expose à des accidents.

2. — Observations pour servir à l'étude de l'emploi du chloral et de la morphine, dans le traitement du tétanos traumatique. (*Rec. de Mém. de méd. milit.*, 1874, t. XXX, p. 388.)

Dans deux cas, le chloral, même porté à la dose de 16 grammes par jour, n'a pas arrêté la terminaison funeste; le troisième fait, plus heureux, se termine par la guérison.

3. — Emploi combiné de la morphine et du chloroforme pour l'anesthésie chirurgicale.

Nous appuyant sur quelques faits personnels, nous essayons de démontrer dans cette note, lue à la Société de chirurgie en 1875, que si le sommeil est obtenu plus rapidement et avec moins de réaction par cette combinaison, le refroidissement prononcé qu'elle amène peut devenir, en certains cas, un danger pour l'opéré. De plus nous n'avons jamais obtenu l'analgésie sans perte de connaissance, signalée par quelques auteurs.

4. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'emploi de l'ischémie temporaire pendant les opérations. (*Arch. génér. de méd.*, 1875, 6e série, t. XXV, p. 641, et t. XXVI, pp. 77 et 150.)

Ce travail, résumé d'un mémoire avec planches couronné du prix Laborie en 1874, par la Société de chirurgie, comprend d'abord l'historique de la question et les phases parcourues. Vient ensuite l'étude des appareils employés et principalement de celui d'Esmarch, leur mode d'application dans les différentes parties du corps. Grâce au dynamomètre, nous précisons la tension qu'il est nécessaire de donner, à la bande élastique, 10 à 14 degrés et au tube, 26 à 28 degrés, pour obtenir une ischémie complète. Cette ischémie ne peut être obtenue au même degré avec les bandes de toile ou de flanelle, et pour le membre inférieur il est indispensable de joindre à l'action compressive du tissu élastique, la pression plus énergique du tube de caoutchouc. Par l'application prolongée de l'appareil se produit du malaise, de l'anxiété. L'amplitude des mouvements respiratoires est augmentée ainsi que la tension artérielle. Comme phénomènes locaux nous signalons : la coloration cireuse des parties ischémiées et la rougeur qui suit l'enlèvement du tube, la paralysie temporaire des vaisseaux capillaires ainsi que des artères même volumineuses, l'inertie musculaire et l'insensibilité en même temps qu'un abaissement notable suivi, dans la période de réaction, d'une élévation de la température.

Dans la partie clinique, nous faisons ressortir les avantages de la méthode : perte de sang moindre, suppression des éponges et des aides, facilité d'examen. Mais nous en envisageons aussi les inconvénients et principalement ces hémorrhagies post-opératoires intarissables qui compensent presque l'économie de sang faite pendant l'acte opératoire. En somme, nous concluons que la compression élastique rend surtout des services dans les opérations où le chirurgien a besoin de distinguer nettement les tissus sains des tissus altérés, dans celles où les gros vaisseaux ne sont pas ouverts.

5. — De l'ischémie temporaire pendant les opérations. (*Rec. de Mém. de méd. milit.*, 1875, t. XXXI.)

Ce travail n'est que le complément du précédent, et constitue surtout une étude clinique.

6. — De l'élongation des nerfs. Revue critique. (*Arch. génér. de méd.*, 1881, 7e série, t. VII et VIII.)

Dans cette étude d'ensemble sur une méthode thérapeutique encore peu connue dans notre pays, nous étudions d'abord le manuel opératoire, car de l'exécution dépendent ici les résultats mécaniques et les effets obtenus. Suivant le mode employé, on réalise l'écrasement, le broiement, l'élongation ou distension, et chacun de ces actes conduit à des phénomènes différents.

Cette dernière, seule acceptable, détermine, si elle est modérée, une anesthésie temporaire sans troubles marqués de la motilité. Violente, l'élongation entraîne une perte de la sensibilité prolongée ou persistante, des altérations de la motricité et de la nutrition des tissus. Au point de vue clinique, l'opération nouvelle donne des succès dans les névralgies épileptiformes, les spasmes cloniques, elle est acceptable dans le tétanos si elle peut atteindre tous les nerfs, d'action douteuse dans l'ataxie, mais sa véritable indication est la *névralgie rebelle* et particulièrement la névralgie sciatique, où les guérisons sont nombreuses et incontestées.

Essayée dans l'atrophie des nerfs optiques, elle a complètement échoué. Devant cet insuccès nous n'avons pas poursuivi les recherches expérimentales que nous avions commencées sur le chemin le plus favorable pour atteindre le nerf optique sans lésions des organes voisins.

7. — De la résection des os du tarse ou tarsotomie dans le traitement du pied bot invétéré. (*Arch. génér. de méd.*, 7e série, t. IX, pp. 456 et 583.)

Tous les pieds bots, même les plus anciens, les plus prononcés, sont-ils justiciables de la ténotomie et des appareils? Les chirurgiens modernes ne l'ont pas pensé. *Little* en 1853 propose l'ablation du cuboïde; *Lund* en 1877 enlève l'astragale, *Weber* fait une résection cunéiforme du tarse. L'analyse des faits montre qu'il faut étudier séparément, comme opérations et comme mode thérapeutique, la tarsotomie antérieure partielle, qui pèche par défaut; la tarsotomie postérieure, qui combat surtout l'équinisme; la résection cunéiforme ou tarsotomie antérieure totale, qui s'adresse principalement au varus, à l'enroulement du pied. Après avoir analysé les observations déjà nombreuses, nous montrons que l'opération est rationnelle et que parfois elle s'impose après l'échec des autres médications; qu'elle est sans gravité grâce à une anti-

sepsie sévère ; que, modifiée suivant la disposition des parties de façon à enlever le coin nécessaire pour obtenir un redressement complet, elle donne et doit donner des résultats favorables.

8. — Pansement. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 2e série, t. XX, 1884.)

Dans cet article, écrit en collaboration avec le docteur Bousquet, nous avons traité des pansements antiseptiques proprement dits et apprécié leur valeur iodoforme : sublimé, acide phénique, etc., il n'est pas une des mille substances germicides proposées pour le traitement des plaies dont nous ne nous soyons occupés.

9. — Gutta-percha. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, 4e série, t. XI, 1886.)

Étude de l'emploi chirurgical de cette substance, base de certains appareils.

10. — De l'élongation des nerfs dans les paralysies périphériques traumatiques. Rapport sur une observation de M. Vieusse. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1882, t. VIII, p. 649.)

En raison de l'insuffisance des détails et des obscurités qu'elle présente, l'observation de M. Vieusse, malgré le succès qui l'a couronnée contre des troubles dans le domaine du nerf radial, ne me paraît pas absolument démonstrative.

11. — Névralgie et tic douloureux de la face, élongation du nerf dentaire inférieur droit par la voie buccale. Rapport sur un fait du Dr Longuet. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, t. IX, p. 77.)

Au point de vue du résultat définitif, je montre que la valeur des diverses opérations : élongation, section, résection, est encore discutable. En ce qui concerne les procédés, je pense que celui de Sonnenburg, recherche du nerf

en passant sous l'angle de la mâchoire et décollant le ptérygoïdien interne, est encore plus facile que la voie buccale ou la trépanation de la branche montante d'après Warren.

12. — Appareil de tarlatane plâtrée pour fracture de la clavicule. Rapport sur un travail de M. Richon. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1883, t. IX, p. 379.)

Cinq faits sont apportés à l'appui de cet appareil, dont l'action paraît favorable par l'immobilisation relative qu'il détermine. C'est une cuirasse plâtrée embrassant l'épaule et une partie du tronc.

13. — Mort par septicémie à la suite de l'extirpation des ganglions du cou tuberculeux. Rapport sur une observation du Dr Poület. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 160.)

En opposition avec notre confrère, je ne crois pas à la nécessité urgente d'extirper tous les ganglions cervicaux, considérés aujourd'hui comme des foyers de tuberculose locale, susceptibles de favoriser la généralisation de la maladie. En dehors des dangers que démontre ce fait malheureux, je doute qu'on puisse atteindre tous les ganglions et mettre sûrement à l'abri d'une récidive.

Après une longue discussion à laquelle prennent part MM. *Berger*, *Richelot*, *Trélat*, *Verneuil*, etc., j'insiste sur la difficulté de ces opérations, l'impossibilité fréquente de les faire complètes et de mettre les malades à l'abri des récidives, ou de la propagation du mal jusqu'aux poumons.

14. — Deux observations de thoracoplastie. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 696.)

La valeur de cette opération n'est pas contestable, mais elle doit porter sur beaucoup de côtes, remonter jusqu'aux première et deuxième, et être suivie, après cinq à six mois, d'une intervention nouvelle, si la guérison n'est pas complète.

15. — Élongation dans un cas de trépidation épileptoïde. Rapport sur une observation de M. Poulet. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 939.)

Chez un soldat atteint de trépidation épileptoïde du bras droit, à la suite d'un coup de feu lésant les nerfs médian et cubital, notre confrère pratique, neuf mois plus tard, l'élongation des nerfs radial, médian et cubital dans le creux de l'aisselle. Le résultat fut satisfaisant, bien que la guérison ne fût pas complète. L'exécution et la valeur de la distension nerveuse sont discutées par moi à propos de ce fait intéressant.

16. — Convulsions épileptiformes des muscles du cou, du membre supérieur et du thorax à droite; céphalées intenses à gauche. Opportunité de la trépanation. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 923.)

Chez un militaire, frappé jadis à la tête par un coup de pied de cheval, et qui présentait des convulsions locales avec céphalées intenses, je pratiquai, d'après les données des localisations cérébrales, la trépanation du crâne à gauche. Je tombai sur une tumeur de la dure-mère que j'enlevai. Il y eut amélioration passagère, mais le blessé succomba quelques mois plus tard.

17. — De l'élongation des nerfs. (*Arch. génér. de méd.*, 7e série, t. XV, 1885, p. 711.)

Rejetant l'élongation sous-cutanée, procédé aveugle, nous conseillons la mise à jour et la distension du nerf sur le crochet d'un élongateur. Examinant les résultats cliniques, nous constatons que les accidents sont très rares, que dans l'ataxie, les affections des centres nerveux, le tétanos, l'atrophie des nerfs optiques, les contractures, les suites de l'intervention laissent beaucoup à désirer. Il n'est guère que les névralgies périphériques rebelles, les contractures et les paralysies périphériques traumatiques, l'anesthésie de la lèpre, où l'élongation semble assurer, sinon des guérisons complètes et définitives, au moins des améliorations durables.

18. — Contusion de l'abdomen, péritonite, laparotomie. Rapport sur une observation du Dr Chavasse. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 123.)

M'appuyant sur les faits, je soutiens que la laparotomie, pour réussir, doit être pratiquée de bonne heure, avant l'explosion de la péritonite.

19. — Valeur de la désarticulation du genou. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 142.)

Je soutiens dans ce travail, par des considérations anatomiques et statistiques, que cette opération ne saurait être qualifiée *mauvaise*, et qu'elle peut donner de très bons résultats.

20. — Éléments de pronostic et de détermination opératoire chez les tuberculeux. Rapport sur un travail de M. Mabboux. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 101.)

Les lésions tuberculeuses ne comportent pas toutes la même médication, et s'il faut parfois s'abstenir, il faut aussi ne pas s'abstenir toujours. Dans les tuberculoses osseuses, à l'âge adulte, l'amputation est en général préférable; en tout cas, il faut enlever tout le mal.

21. — Résection partielle de l'os iliaque pour ostéite tuberculeuse. Rapport sur un mémoire de M. Delorme. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 284.)

C'est en poursuivant l'idée émise plus haut, que nous ne pouvons approuver des opérations, presque forcément incomplètes, comme les résections des os du tronc.

22. — Arthrectomies du genou pour tumeurs blanches. Rapport sur un travail de M. Delorme. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIV, p. 218.)

Bien que l'arthrectomie soit, en apparence, une opération plus simple que

la resection, nous montrons qu'au genou, ses difficultés sont grandes, et que les lambeaux du synoviale ménagés suffisent pour amener une récidive. Cependant l'absence de raccourcissement doit, si les os sont sains, faire donner la préférence à l'extirpation de la synoviale.

23. — Plaie du larynx, mort rapide. Rapport sur une observation du Dr Du Cazal. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIV, p. 277.)

Dans les lésions du larynx qui s'accompagnent de cornage, de suffocation d'œdème glottique, la trachéotomie doit être pratiquée préventivement pour éviter des morts subites.

24. — Trois observations d'œdème aigu du larynx. (Rapport *in Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIV, p. 846.)

Les observations de MM. Yvert, Lacronique, terminées par la guérison, le fait de M. Audet, suivi de mort presque foudroyante, prouvent la nécessité de la bronchotomie précoce, dans ces œdèmes laryngés à marche rapide, dont la cause échappe souvent.

25. — De l'eau chaude dans le traitement des entorses et des fractures articulaires. Rapport sur un travail du Dr Darde. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1889, t. XV.)

Les faits de notre confrère prouvent que les bains très chauds, de 45 à 50 degrés, sont avantageux contre la douleur et le gonflement, mais ils n'ont pas une supériorité bien marquée sur les autres modes de traitement.

X. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. — Sur les ruptures de l'aorte. (*Gazette méd. de Paris*, 1865, p. 409-429.)

Dans ce travail, qui a pour point de départ un fait observé à l'infirmerie de l'hôtel des Invalides, nous avons résumé 12 cas publiés avec détails. Nous en avons pu conclure : 1° que cette lésion est plus fréquente chez l'homme (10 sur 12), et après quarante et surtout soixante ans (6 sur 12). Elle a pour siège ordinaire la portion péricardique du vaisseau (10 sur 12), très près de son origine. La rupture, de grandeur variable, porte sur des parois déjà malades, athéromateuses ; elle se fait sous l'influence de l'effort, d'une violence extérieure, ou par une cause inconnue, tantôt en un seul temps, tantôt en deux temps, la tunique celluleuse cédant moins facilement que les autres. De la compression du cœur par le sang, de la perte sanguine elle-même, résulte la mort, d'habitude très rapide si même elle n'est foudroyante. Une douleur pré-sternale intense est le seul signe, signe bien insuffisant du reste, qui puisse faire prévoir cette redoutable lésion.

2. — Anévrysme vrai de l'aorte abdominale, rupture de la tumeur, mort par hémorrhagie interne. (*Gazette des hôpitaux*, 1866, n° 37, p. 146.)

3. — Rupture spontanée de l'aorte. (*Gazette méd. de Paris*, 1866, p. 272.)

A propos d'un nouveau cas observé aux Invalides, nous cherchons à montrer le rôle que jouent dans la production des anévrysmes de l'aorte, les plaques

d'athérome calcifié, en usant peu à peu la tunique interne et frayant au sang un passage. Le décollement produit, la rupture de la tunique externe se fait plus tard, parfois assez loin de l'ulcération de la paroi endothéliale.

4. — Recherches sur l'anatomie pathologique des moignons d'amputés. (*Arch. génér. de méd.*, 1869, t. XIII, 6e série, p. 295.)

Ce travail n'est que le résumé succinct d'un mémoire avec nombreux dessins, couronné par l'Académie de médecine, prix Godard, 1869. Après un court historique et l'énoncé de *trente-deux* autopsies que nous avons pu pratiquer pendant un séjour de deux ans à l'infirmerie des Invalides, nous examinons successivement : *a*, l'*état des cicatrices cutanées*, leur forme, leurs adhérences, leurs rapports avec la méthode d'amputation employée ; *b*, l'*état des muscles* atrophiés et dégénérés, s'ils n'ont pas conservé leurs attaches et n'entrent plus en fonction ; *c*, l'*état des artères*, encore remplies d'un long caillot fibrineux (9 sur 32) non organisé ou transformé (14 sur 32), en un cordon fibreux, plein, solide, habituellement diminué de volume ; *d*, l'*état des nerfs*, souvent terminés par de volumineux tubercules où le tissu fibreux l'emporte sur la substance nerveuse, véritables névromes dont la sensibilité est toujours grande, et qui gênent parfois considérablement le port des appareils de prothèse ; enfin, *e*, l'*état des os* fréquemment hérissés de stalactites, d'épines, de prolongements, ou hypertrophiés en massue à leur extrémité dans les amputations de continuité, alors qu'ils sont amincis, atrophiés dans les désarticulations. C'est surtout dans les moignons de cuisse, et sous l'influence de l'irritation, des pressions de l'appareil, qu'on observe la formation de ces végétations osseuses. A la jambe, au bras, elles sont exceptionnelles. Presque régulière est l'obturation du canal médullaire par une lame de nouvelle formation, compacte, dure, éburnée, comme le sont en général ces ostéophytes. Si deux os se touchent dans le moignon, ils sont parfois soudés par une jetée osseuse.

5. — Syphilis ancienne, carie nécrotique de l'ethmoïde, infiltration purulente des lobes antérieurs du cerveau. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1876, t. XII, p. 714.)

6. — Cancer du rectum et de la vessie. Calculs d'urostéalithe. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1876, t. XII, p. 791.)

Les concrétions excessivement rares, à noyau formé par un corps gras, à enveloppe solide de carbonate et de phosphate calcaires, étaient au nombre de 12 à 15, lisses, d'un jaune rougeâtre, de la consistance du savon mou ; elles n'avaient pas été reconnues pendant la vie.

7. — Tétanos traumatique aigu, lésions du grand sympathique. Rapport sur un fait du Dr Moty. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1882, t. VIII, p. 602.)

Ces lésions microscopiques peu définies, que ne vient pas confirmer un examen histologique, me paraissent insuffisamment prouvées.

8. — Lésions tardives après un traumatisme du rachis. Rapport sur une observation de M. Guermonprez. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1883, t. IX, p. 302.)

Plusieurs années après une chute avec paralysie, on constate une luxation spontanée de la rotule en dehors et une plaie ulcéreuse spéciale sous l'ischion.

9. — Polype du larynx. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 486.)

Je présente à la Société un volumineux polype de la corde vocale droite, de nature fibreuse, enlevé d'un seul coup par la pince de Fauvel.

TABLE DES MATIÈRES

18530. — Paris, imprimerie A. Lahure, 9, rue de Fleurus